Ueber

Cervixmyome

aus dem Basler Frauenspital

(Direktion **Prof. Dr. O. v. Herff.**)

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

vorgelegt von

WILHELM SIEW

aus **Schawly** (Russland)

BASEL

Buchdruckerei Brin & Cie, Spalenvorstadt 9

1908.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/uebercervixmyome0000wilh

Meinen Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

Wenn wir den Begriff „Cervixmyom“ definieren wollen, so werden wir uns die Frage vorzulegen haben, ob wir darunter solche verstehen, welche ihren Sitz und Ursprung in der Cervix haben, oder überhaupt alle in der Cervix vorkommenden Myome, abgesehen von ihrer Entstehungstelle. Manche Autoren stellen sich sehr misstrauisch den Cervixmyomen gegenüber und betrachten sie meistens als nicht daselbst, sondern als vom Corpus ausgehend, insbesondere dann, wenn dazu noch multiple Myome den ganzen Uterus durchsetzen. Es ist wahr, dass in manchen Fällen der Entstehungsort der Cervixmyome zweifelhaft ist, diese Unsicherheit aber kann doch nicht einseitig dahin gedeutet werden, dass sie als ausschliesslich im Corpus entstanden zu betrachten sind und nicht die Möglichkeit der primären Entstehung in der Cervixwand erörtert wird. Wenn die Literatur über Cervixmyome auch etwas spärlich ist, so ist doch eine Reihe sicherer in der Cervixwand entstandener Myome bekannt (*Sänger, Tillaux, Fritsch, Schauta, Meyer, Olshausen*). Direkt beweisend für die Entstehung der Myome in der Cervixwand sind die 2 von Doléris und Küstner beobachteten Fälle, welche im Cervixstumpf ein bezw. einige Jahre nach der supravaginalen Amputation entstanden sind. Die Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens der Cervixmyome sind sehr verschieden: nach *Bigelow* sind es 0,35 % aller Myome, *v. Winckel* nimmt an 5 %, *Fehling* 5—8 %, *Schröder-Hofmeier* 8,1 % und *Guyon* und *Courty* 16 %. Die grossen Unterschiede dieser Statistiken lassen sich dadurch erklären, dass ihnen einerseits eine sehr präzise Definition des Cervixmyoms zu Grunde gelegt wurde, dass nur solche Fälle gerechnet wurden, bei denen mit Sicherheit die Entstehung in der Cervix angenommen werden konnte; andererseits mögen manche Tumoren wohl als Cervixmyome beschrieben worden sein, welche im Corpus entstanden und herabgewachsen waren, oder die sich multipel im ganzen Uterus entwickelt haben. Im Basler Frauenspital sind in den Jahren 1901—1907 unter zirka 200 Myomfällen 16 Cervixmyome vorgekommen, d. h. 8 %, eine Ziffer, die mit der Durchschnittszahl anderer Angaben gut übereinstimmt.

Die Ursache der Seltenheit dieser Myombildung in der

Cervix wird in ihrem geringeren Muskelgehalte und in dem von *Henle* festgestellten Unterschied in den Gefässwandungen des Corpus und der Cervix uteri vermutet. Doch ist diese Annahme im allgemeinen ebenso unsicher, wie überhaupt die der Ursachen der Entstehung von Uterusmyomen.

Ganz kurz mögen hier die über die Ursachen dieser Myomentwickelung aufgestellten Theorien erwähnt werden. Nach *Virchow's* Theorie, die am meisten akzeptiert wird, sollen die Myome aus der Uterusmuskulatur entstehen und auf einer irritativen Einwirkung auf den Uterus beruhen. Bei den Cervixmyomen aber kann diese Annahme nur schwer akzeptiert werden, weil, wenn diese Theorie für richtig gehalten werden soll, die Myome gerade an der Cervix am häufigsten ihren Ursprung nehmen müssten, indem dieser Uterusabschnitt am meisten irritativen Einflüssen ausgesetzt ist.

Roesger und *Kleinwächter* suchen den Ausgangspunkt der Entwickelung der Myome in den Wandungen kleinster Uterusarterien. In vielen Fällen aber wird von verschiedenen Autoren eine besondere Beziehung zwischen den Myomen und Gefässen vermisst.

Eine Erklärung der Seltenheit der Cervixmyome finden wir hier nicht; gerade diese Tumoren scheinen (*R. Meyer*) mehr als alle übrigen eine ganz diffuse Entstehung zu beweisen und zwar aus den Muskelelementen der Cervix selbst und nur zum Teil aus dem der Gefässwände. Auch die von *Gottschalk* aufgestellte parasitäre Aetiologie der Myome und die *Cohnheim'sche* Theorie der Embryonalanlage geben keine Aufklärung darüber, warum in der Cervix die Myome so selten vorkommen. Die Frage also nach den Ursachen der Entstehung der Myome überhaupt und speziell nach der Seltenheit der Cervixmyome ist zur Zeit noch ungelöst.

Vom anatomisch-pathologischen Standpunkt aus zeigen Cervixmyome keine wesentlichen Verschiedenheiten gegenüber den Corpusmyomen, höchstens darin, dass sie öfter fibröser Natur sind. Auf diese Beschaffenheit der Cervixmyome lässt sich ihr langsameres Wachstum zurückführen, weil die Geschwulst um so langsamer wächst, je reicher sie an fribrösen Elementen ist (Gebhard). Die cervikalen Myome sind häufig gut abgekapselt und können beim Aufschneiden aus der Kapsel fallen. Nach *Robert*

Meyer wird dieser Umstand dadurch bedingt, dass das elastinreiche Gewebe der Cervix sich besser zu einer scharf begrenzten Kapsel eignet, es verhindert ein diffuses Wachsen der Myomzellen. Uebrigens kommen, wenn auch selten, weiche Cervixmyome vor, sogar solche cystischer Natur, wie die Mehrzahl der *Breisky'schen* Fälle es illustriert.

Auf der Schnittfläche zeigen die Corpusmyome eine rötliche Farbe, welche durch ein Ueberwiegen der Muskelfasern bedingt wird. Bei den Cervixmyomen hat der Durchschnitt eine weissliche Farbe, die von deren mehr bindegewebigen Natur abhängt. In der Cervixwand können sich Myomknollen wie im Corpus uteri subserös, interstitiell und submukös entwickeln. Am häufigsten trifft man die interstitielle, am seltensten die submuköse Entwickelung.

Die Dorsalseite wird bevorzugt, so dass sich das Verhältnis zur Vorderseite nach *Schorler* 3 : 1, nach den Beobachtungen des Frauenspitals etwa 2 : 1 stellt. Man unterscheidet nach *Sängers* Vorgang Myome der Cervix supravaginalis und solche der Portio vaginalis. Die ersteren liegen wenn sie sich nach hinten ausdehnen, subserös unter dem Peritoneum des Douglas dicht über dem Scheidengewölbe; sie können auch hinter der Scheide oder nach vorne in das retrovesikale Bindegewebe oder seitlich in das paravaginale Bindegewebe wachsen.

Die Portiomyome, welche direkt nach unten in die Scheide wachsen, sind am seltensten; 14 solche Fälle hat *Vorbeck* aus der Literatur gesammelt und zwei eigene beschrieben.

Bei den Potiomyomen wird im Gegensatz zu den Myomen der Cervix supravaginalis die vordere Lippe bevorzugt. Im allgemeinen sind unter den Uterusmyomen am seltensten die Cervixmyome, unter den letzten die der Portio, und von den Portiomyomen am seltensten die, welche von der hinteren Muttermundslippe ausgehen.

Was die polypösen (gestielten) Myome anbetrifft, so werden sie nicht selten durch den äusseren Muttermund getrieben. Die Annahme *Gebhard's*, dass die Myome wegen der Verschieblichkeit ihrer Kapsel die bedeckende Muskelschicht sprengen oder usurieren, um sodann nach der Bauchhöhle oder Uterushöhle hin geboren zu werden, hält *Meyer* nicht für ganz zutreffend. Vielmehr sollen die umgebenden Muskelschichten nicht einfach durch-

wandert, sondern infolge Dehnung atrophiert und usuriert werden. (*Veit*, Handb. d. Gynaek.)

Hier sei noch der von einigen Autoren ausgesprochenen Ansichten über den Zusammenhang der Myome und Sterilität gedacht. Nach *Schorler* sind unter 18 Fällen von Cervixmyomen 3 = 16,7 % steril. Ein Grund für die Erschwerung der Conception bei Cervixmyomen liegt in der bei diesen Tumoren oft vorhandenen Metritis und Endometritis, welche, wie bei Myomen überhaupt, eine Einnistung des befruchteten Eies in die Gebärmutterschleimhaut meist nicht gestattet.

Ein zweites Hindernis bietet nach *P. Müller* die speziell bei Cervixmyomen häufig versteckte Lage des Muttermundes, überhaupt der mechanische Einfluss der Geschwulst, durch die es in vielen Fällen zu vollständigem Verschluss des Cervikalkanals kommt.

Aus dem eben gesagten können wir ersehen, wie gross die klinische Bedeutung der Cervixmyome bei der Geburt sein kann. Durch Entstehen eines Tumors in der Cervix muss dieser an sich enge Geburtskanal etwaigen Entbindungen einen erheblich gesteigerten Widerstand entgegensetzen. In jeder Hinsicht sind bei der Geburt die Cervixmyome viel ungünstiger als die Corpusmyome „denn während bei letzterem," wie *Peter Müller* sagt, „die Störung bloss eine dynamische, die Regelmässigkeit der Wehen alternierende ist, kommt bei dem Cervixmyom die mechanische hinzu."

Von geringerer Wichtigkeit sind die menstruellen Blutungen, die nach *Schröder* bei Cervixmyomen weniger stark sind wie bei Corpusmyomen. Immerhin sind es häufig die Metro- und Menorrhagien, wie wir aus vielen beschriebenen Fällen auch aus einigen der unseren ersehen können, die die Patientinnen ängstlich machen und zum Arzt treiben.

Die grösste klinische Bedeutung der Cervixmyome liegt in der Raumbeengung, welche sie bei erheblicher Grösse bedingen, da sie meistens nicht oder nur teilweise aus der Höhle des kleinen Beckens emporsteigen können. Die Patientinnen klagen über ein sehr lästiges Druckgefühl und über Schmerzen; vor allem wichtig sind aber die Blasenbeschwerden. Oft kann man einen vermehrten Drang beobachten, der nicht selten verbunden ist mit einer unvollständigen Entleerung der Blase oder sogar vollständiger Harnverhaltung. Leicht lässt sich dieses durch das Empordrängen der

Blase und durch starke Kompression des Ureters erklären, in letzterem Falle kann auch das Kathetrisieren versagen. Die Ischurie, welche in diesen Fällen irreparabel ist, gibt eine unabweisliche Indikation zur Operation.

Als Symptome wären noch solche allgemeiner Natur zu erwähnen, wie Kopfweh, Engigkeit, Schmerzempfindungen, Mattigkeit.

Die Diagnose auf Cervixmyom bietet besondere Schwierigkeiten, sie kann manchmal erst bei der Operation oder Besichtigung des Präparates richtig gestellt werden. Mit Polypen können die Cervixmyome verwechselt werden, wenn sie den äusseren Muttermund erweitert haben und zum Teil in die Höhle der Cervix vorspringen. Die Differentialdiagnose hängt von dem Nachweis der Insertion ab, die freilich in praxi etwas schwerer ist, als sie theoretisch erscheint. Ein Polyp muss an irgend einer Stelle seiner Peripherie oder seines Stieles den ganzen Ring des äusseren Muttermundes zeigen. Bei Cervixmyomen dagegen verfolgt man den Scheidenkanal und kommt nur an die halbe Peripherie des Muttermundes; dieser kann der vorderen oder hinteren Beckenwand oder der einen Seite so stark genähert sein, dass er nur schwer dem palpierenden Finger zugänglich ist. Der Uterusfundus oder Uteruskörper lässt sich nicht selten über der Kuppe der Geschwulst weiter abtasten.

Die Cervixmyome wären von denjenigen des Corpus dadurch zu unterscheiden, dass bei den letzteren die Cervix schlank, in der ganzen Länge tastbar ist; die Blase liegt bei Corpusmyomen unterhalb des Tumors, verhältnismässig tief. Dagegen ist die Blase bei Cervixmyomen über dem Tumor meistens hochgezogen durch ein intraligamentär entwickeltes Myom und durch Stauung häufig dilatiert.

Diagnostische Schwierigkeiten stellen sich noch dann ein, wenn die Portio ihre charakteristischen Kennzeichen verliert. So kann der äussere Muttermund stark nach der Seite gezogen werden, während die Portio auf der Seite des Myoms völlig ausgewalzt wird. Das kleine Corpus uteri liegt dann oberhalb des veränderten äusseren Muttermundes nach der entgegengesetzten Seite oder reitet auf dem Myom, häufig leicht kenntlich durch seine Anhänge. Eine sorgfältige Untersuchung in Narkose lässt die Schwierigkeiten überwinden.

Die Voraussage der Cervixmyome ist insofern ungünstiger

als die der anderen Formen, weil es verhältnismässig früh zu gefährlichen Blasenstörungen kommt.

Ergotin, Hydrastis, Stypticin, Gelatin sind sehr gute Mittel zur Behandlung, speziell zur Bekämpfung der Blutungen bei Myomen; gerade aber bei den Cervixmyomen ist nach *Leopold* kein wesentlicher Erfolg zu erwarten, weil hier der Sitz der Geschwulst für eine energische Kontraktion derselben wie der umgebenden Gefässe durch die glatten Muskelfasern des Uteruskörpers ein sehr ungünstiger ist.

Die operative Behandlung der Cervixmyome kann sich sehr verschiedenartig gestalten, da sie von der Grösse des Tumors, seinem Sitz und seinen Verwachsungen abhängt.

Wenn das Myom in Form eines Polypen aus der Cervix herausragt, so gestaltet sich die Operation sehr leicht; sie besteht in einer Excision mit der Scheere mit nachfolgender Naht des Geschwulstbettes.

Grössere Schwierigkeiten verursachen jene Cervixmyome, die das kleine Becken ganz ausfüllen, oder die noch obendrein den Beckeneingang überragen.

Der vaginale Weg wird wegen der Grösse des Myoms, der Gefahr der Verletzung der Ureteren, ungünstiger Verwachsungen und oft vorkommender ligamentärer Entwicklung in vielen Fällen auszuschliessen sein.

Die abdominelle Radikaloperation, die nach Ansicht *v. Herff's* fast nur in Frage kommen sollte, kann in einer Amputatio supravaginalis bestehen, in der Regel wird aber eine Totalexstirpation auszuführen sein.

Bei diesen Operationen ist die Gefahr der Verletzung der durch Dilatation oft sehr verdünnten Blasenwand zu erwägen, die besonders gross ist bei Verwachsungen der Blase mit dem Tumor. Auch der Ureter fällt leicht in dasOperationsgebiet; ihn zu vermeiden ist gelegentlich sehr schwer, wenn nicht unmöglich, zumal er einer Vene sehr gleichen kann. Durch die Grösse des Tumors wird der Ureter verdrängt und sein Verlauf kann ein ganz abnormer werden. Die kleine Arterie, ein Zweig der Arteria vesicalis, welche zum Ureter geht, kann angerissen werden und eine schwer zu stillende Blutung bedingen. Bei der unmittelbaren Lage dieser Arterie neben dem Ureter kann das Unglück der Ureterunterbindung leicht geschehen.

Die Beherrschung der Blutungen ist mit grösseren Schwierigkeiten als sonst verknüpft, besonders in der Tiefe, auf dem Beckenboden.

Das Gefässbündel der Uteringefässe kann auf der Seite der Geschwulst stark dislociert und schwer auffindbar sein. Häufig genug ist es anfangs auch gar nicht zu erreichen. Die das kleine Becken oft völlig ausfüllende Geschwulst kann sogar den Zugang zu den Ovarialgefässen erschweren.

Wie ungünstig früher die Voraussage der Cervixmyome war, lehrt uns Hofmeier, bei welchem auf 21 Operationen 12 Todesfälle vorkamen. Diese ganz ungünstige Statistik beruht wohl auf Ausnahmefällen.

Im Frauenspital in Basel wurde unter 16 Fällen ein Todesfall beobachtet, bedingt, wie die Section ergab, durch Myodegeneratio cordis und Lungenödem.

Im Durchschnitt waren die in Basel vorgekommenen Cervixmyome ziemlich gross, sie hatten ein mittl. Gewicht von ca. 1000 gr, das grösste wog 2600 gr, 9 mal wurde supravaginal amputiert, 6 mal die Totalexstirpation ausgeführt, 1 mal die Excision eines Polypen vorgenommen.

Das Nähere betreffs der Operationen, des Verlaufes derselben und Beschreibung der Präparate findet sich in den unten folgenden Krankengeschichten.

An dieser Stelle erlaube ich mir meinem hochverehrtem Lehrer Herrn Prof. Dr. *O. v. Herff* für die Anregung zu dieser Arbeit und gütige Ueberlassung der Fälle meinen Dank auszusprechen.

Fall. 1. No. 296/1901.

Emma W., 33 Jahre alt, verheir., Eltern und Geschw. gesund. Früh. Bleichsucht mit 17 Jahr. Menstr. mit 16 Jahren regelmässig, 4 wöch., 5—6 Tage, ohne Schmerzen. Zwei normale Geburten. Seit dem letzten Jahr sind die Menstr. von heftigen Schmerzen im Leib und Kreuz begleitet, welche schon vor der Blutung beginnen; die letzte ist auch stärker geworden. In letzter Zeit oft vor und nach der Menstr., morgens absolute Harnverhaltung, so dass sie kathetrisiert werden musste. Urin war nie trüb.

Status praesens. Herz und Lunge OB. Vulva klaffend. Portio steht 1 cm unterhalb der Spinallinie. Muttermund ca. Zweifrankstückgross, in seiner Sichtung ein Tumor mit kugeliger Oberfläche fühlbar. Cervix durch den Tumor ballonförmig aufgetrieben. Das Myom entspringt von der rechten Seitenwand d. Cervix, reicht bis 4 Querfinger oberhalb der Scheide. Corpus links auf dem Tumor frei beweglich. Adnexe fühlbar, ohne Veränderungen. Operation:

Hysterectomia abdominalis totalis. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird das Myom durch den Korkzieher fixiert und hochgezogen. Unterbindung der beiderseitigen Gefässe (Art. spermaticae et uterinae), rechts wird der Ureter in die Klemme gefasst, aber gleich wieder frei gemacht. Der Tumor ist stark intraligamentär entwickelt. Spalten des Peritoneums vorne und hinten bis zu den tief. Ligatur. an der Cervix. Durch starkes Anziehen wird der vordere Scheidenansatz sichtbar und incidiert. Entfernung des Tumors. Verengerung des Scheidenlumens, Einführung eines Tampons durch die Öffnung. Catgut-Knopfnähte für das Periton. d. Douglas und d. Blase; fortlaufende Catgutnaht für das Periton. Schliessung der Bauchhöhle.

Patientin fühlt sich nach der Operation wohl. Austritt nach drei Wochen, geheilt und beschwerdefrei.

Fall 2. No. 374/1901.

Anna D., 42 Jahre alt, verheir. Eltern gesund, keine Geschwister, früher gesund. Menstr. mit 15 Jahren, vierwöchentl., 3–4 tägig, mit Molim. Eine normale Geburt. Seit einem Jahr vermehrter Drang, Incontinenz, übelriech. Ausfluss; Periode verstärkt, dreiwöchentlich, 8–10 Tage dauernd, mit Abgang von Koageln. Schmerzen im Kreuz. Appetit gut, allgem. Befinden gut. *Status praesens:*

Herz und Lunge normal. Abdomen flach, weich; im Beckeneingang fühlt man die Kuppe eines harten, festen Tumors. Vulva klafft. Die hintere Muttermundslippe geht, besonders links, über in einen stark apfelgrossen Tumor, um den sich die vordere Lippe, bes. nach rechts sichelförmig herumlegt. Der Tumor hängt mit dem oben fühlbaren zusammen, sodass das Ganze eine über kindskopfgrosse Geschwulst von ovaler Gestalt darstellt. Ein besonderer Corpusabschnitt ist vielleicht links fühlbar. Tube nur links erreichbar. Operation:

Hysterectomia vaginalis totalis. An der Uebergangsstelle des Muttermundes in den Tumor wird links hinten eine Incision gemacht. Beim Versuch, ihn mit dem Korkzieher oder der Collin'schen Hakenzange herunterzuziehen, zeigt sich, dass die Consistenz markig weich ist, sodass alle Instrumente ausreissen. Die Geschwulst wird in ganz kleinen Brocken in 1½ stündiger, mühseliger Arbeit mit Zangen, Klemmen etc herausgeschafft. Nach Unterbindung der Gefässe, Spaltung der vorderen Uteruswand, Durchtrennung d. Ligam. ovariopelvica etc., Befreiung des Uterus und Entfernung desselben. Nach ca. drei Wochen Austritt, geheilt. Gewicht des Uterus + Tumor 990 Gramm.

Fall 3. No. 395/1901,

Bertha M., 41 Jahre alt, verheir. Mutter an Altersschwäche gestorben. Vor 18 Jahren Gebärmutter-, vor 2 Jahren Eierstockentzündung. Menstr. bis vor 4 Jahren regelmässig, vierwöchentl., 5—6 Tage, ohne Schmerzen. Seit 4 Jahren viel stärker, 10—14 Tage dauernd, stets von Schmerzen begleitet. Zwischen den Perioden keine Schmerzen, keine Blutung. Oft Incontinenz, manchmal dagegen auch Verhaltung des Urins. *Status praesens:*

Aussehen bleich, abgemagert. Herztöne unrein, keine Geräusche. Im Abdomen fühlt man die bis zum Nabel reichende gefüllte Blase. Nach Entleernung derselben fühlt man nach links aufsteigend einen harten, glatten Tumor, der sich verschieben lässt. Das ganze Becken wird durch die Geschwulst ausgefüllt. Rechte Adnexe als ein Strang über den Tumor laufend. Urin trüb, massenhaft Eiterzellen. Operation:

Amputatio supravaginalis abdominalis. Die Blase war fest mit dem Tumor verwachsen. Nach Umstechung und Unterbindung der Arter. ovaricae et Ligam. rotundi werden die Ligamenta durch-

trennt und die Blase abgelöst. Versorgung der Arter. uterinae. Der Tumor wird freigemacht und abgetragen, Cervixstumpf keilförmig ausgeschnitten, vernäht und intraperitoneal versorgt. Gewicht des Tumors 1260 Gramm, eines kleinkindskopfgrossen retrocervical und im rechten Ligamentum latum entwickelten Myoms. Die rechte Tube war fingerdick und mit Serum gefüllt.

Die Patientin trat nach 33 Tagen ohne Beschwerden aus.

Fall 4. No. 6/1901.

Amelie M., 46 Jahre alt, ledig. Mutter an Phthise gestorben. Vater und Schwester gesund. Patientin hatte früher Brustfellentzündung, leidet oft an Bronchitis. Menstruation mit 16 Jahren, regelmässig, dreitägig. Keine Entbindungen. Seit 14 Jahren Schmerzen im Leib und Kreuz, öfters Retentio urinae.

Status praesens: Patientin blass, abgemagert. Herztöne rein. An der Lunge rechts oben und links hinten abgeschwächtes Athmen mit feuchten Rasseln. Bauchdecken schlaff. Vulva schlecht entwickelt; Hymen erhalten, dehnbar. Die Portio ist links, ganz hoch oben. Muttermund grübchenförmig, Uterus retrovertiert. Links von der Cervix ein Tumor zu fühlen, der dem III. M. gravid. entspricht. Ueber dem Tumor verläuft die linke Tube.

Operation: *Amputatio uteri supravaginalis.* Das kleine Becken ist fast ganz von dem kugeligen Tumor ausgefüllt. Anbohrung mit dem Korkzieher und Emporziehung. Abbinden der Arter. ovaricae et ligam. rotundi, Freilegung des Tumors, Abtragung desselben quer in der Mitte des Cervix samt den Adnexen. Nach Versorgung der Uterinae Excision der Cervixschleimhaut.

Der 550 Gramm schwere Tumor ist kugelig, faustgross und geht von der hinteren Cervixwand aus; ihm sitzt nach vorn und oben der 5 cm lange atrophische Uterus auf. Beim Austritt nach 5 Wochen fühlt sich Patientin sehr wohl.

Fall 5. No. 229/1902.

Elise G., 49 Jahre alt, verheiratet. Vater, Brüder leben. Mutter gestorben „an der Periode". Früher Lungenentzündung. Menstruation mit 13 Jahren, regelmässig, vierwöchentl., 3—4 Tg., ohne Molimina. 1880 normale Geburt, 1884 Abort im 6. Monat, infolge Schreckens. Seit sechs Jahren stark aufgetriebener Leib,

der zur Zeit der Periode etwas abnimmt und dann wieder zunimmt. Häufig Drang beim Urinieren. Menstr. in letzter Zeit eher schwächer geworden. Urin nie trüb. Vor drei Wochen wegen Husten konsultierte Patientin einen Arzt, der sie in das Spital schickte.

Status praesens: Stark abgemagerte Patientin. Am Herzen nichts, an den Lungen rechts oben Dämpfung, Fossa supraclavicularis rechts etwas eingesunken; beiderseits Rasseln.

Im Abdomen ein knolliger, bis über den Nabel reichender Tumor von harter Consistenz. Bauchhaut scheinbar nicht ganz verschieblich. 8 cm oberhalb des Nabels eine kleine, 2 Centimestückgrosse, harte Geschwulst, die in den Bauchdecken liegt. Die Portio, sowie der Muttermund sind nicht mit Sicherheit nachweisbar. Der Tumor füllt die ganze Beckenhöhle aus.

Operation: Amputatio uteri supravaginalis in typischer Weise. Abends nach der Operation Temperatur 38,5; Puls 120. Am folgenden Morgen Exitus. Die Section ergab:

Myodegeneratio cordis, Lungenödem, Anthracose der Hilusdrüsen, Fettleber, Erweiterung und Hypertrophie der Blase. Der Tumor war 29 cm lang, 10 cm breit, 12 cm tief, mit dem noch einige kleinere durch derbes Gewebe verbunden waren. Gewicht 2600 Gramm. Mikrosk. Befund — glatte Muskelfasern und Bindegewebe. Anatom. Diagnose: Fybromyoma uteri.

Fall 6. No. 347/1902.

Caroline B., 44 Jahre alt, ledig. Vater und Mutter alt gestorben. Fünf Schwestern gesund. Als Kind Knochenentzündung, auch vor zwei Jahren am rechten Ellbogen. Erste Regel mit 14 Jahren, regelmässig, vierwöchentl., dreitägig, ohne Molimina. Keine Entbindungen. Seit drei Jahren kommt die Regel ab und zu zwei Tage zu früh, mit starkem Blutabgang, verbunden mit Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Seit einem Jahre merkte Patientin, dass sie etwas im Leibe hat.

Status praesens: Stark anämisch, am Herzen systolisch. Geräusch. Lunge OB. Bauchdecken straff. Aus dem kleinen Becken steigt ein Tumor empor, der bis an den Nabel reicht, entsprech. dem 6. Schwang. Monat. Hymen erhalten.

Operation: Amputatio uteri supravaginalis. Nach Eröffnung d. Periton. Anbohrung des Tumors und Herausholung aus der

Wunde. Beiderseits Unterbindung der Arter. ovaricae et ligam. rotundi. Abpraeparieren des Periton. Abtragung des Tumors. Nach Versorgung der Uterinae Excision eines keilförmigen Stückes aus der Cervix. Der Tumor stellt ein retrocervical entwickeltes Myom vor, 2320 Gramm schwer.

Patientin erholt sich rasch, nach drei Wochen Austritt, geheilt, nirgends Exsudat oder Resistenz.

Fall 7. No. 422/1902.

Lina A., 57 Jahre alt, ledig. Vater und Mutter gestorben. Früher von Prof. Fehling wegen Geschwulst und Prolaps uteri operiert. Menstruation mit 12 Jahren, 4—8tägig, vierwöchentlich. Vor 20 Jahren eine normale Geburt. In letzter Zeit stärkere Periode, auch Urinbeschwerden, häufiger Drang mit wenigem Abfluss. In den drei letzten Tagen musste kathetrisiert werden. Schmerzen im Leib und Kreuz. Periode in letzter Zeit 10 Tage dauernd. Kein Ausfluss. Patientin hat nie was gemerkt, erst gestern erfuhr sie vom Arzt, dass sie eine Geschwulst im Leibe habe.

Status praesens: Allgemeines Aussehen gut. Herz, Lunge OB. Abdomen: links Cruralhernie, Leib etwa von der Grösse des 7. Schwang. Monats. Der Tumor fühlt sich hart, knollig an und ist kindskopfgross In der engen Scheide links vorn ein Tumor, der das vaginale Gewölbe herabdrängt. Aeusserer Muttermund links, weit oben. Uteruskörper undeutlich, abtastbar. Blase steht rechts oben.

Operation: Amputatio uteri supravaginalis. Nach Eröffnung d. Peritoneums drängt sich ein Tumor vor, der bis 3 Querfinger unterhalb des Nabels reicht und sich als die gefüllte Blase erweist. (Direkt vor der Operation konnte durch Kathetrisieren nur ca. 20 ccm Urin entleert werden.) Einführung eines Katheters und Ausdrücken der Blase. Nach ihrer Entleerung bleibt die starke Hypertrophie der Blase immer noch ca. handbreit über der Symphyse, was die Operation erschwert.

Der Tumor wird mit dem Korkzieher hervorgezogen. Fassen und Abbinden der Gefässe, Arter. ovaricae et ligam. rotundi. An der recht. Vorderwand das Abpräparieren einer breiten Manchette und Fortsetzung des Schnittes auf der Hinterwand. Von rechts her beginnend wird das zum Teil intraligamentär entwickelte Cervixmyom herauspräpariert und supravaginal amputiert. Die

beiden Ureteren kommen während der ganzen Operation nicht zu Gesicht. Unterbindung der beiden Uterinae. Ein Stück des Myoms, das am Cervixstumpf zurückgeblieben war, wird nachträglich noch abgetragen. Retroperitoneale Versorgung des vernähten Cervixstumpfes. Schliessung des Peritoneums und der Bauchhöhle. Gewicht des Uterus + Tumor 1064 Gramm. Patientin wird nach 5 Wochen fieberfrei, ohne Beschwerden entlassen. Urin kann spontan gelöst werden.

Fall 8. No. 317/1903.

Frau St. 44 J. Vater und Mutter an Altersschwäche gestorben. 5 Geschw. gesund. Erste Menstr. mit 17 J. Früher regelmäss. 4 wöch., 3-4 täg., ohne Molimina. 2 normale Geburten. Seit ca 3 J. dysmenorrhoische Beschwerden, sehr starke Perioden bis 8 tägig, oft mit Abgang von Blutgerinseln, keine Schmerzen. Ausser dem Hartsein des Unterleibes überhaupt keine Beschwerden. Wasserlassen ohne Beschwerden, höchstens etwas Drang.

Status praes. Allgemeines Aussehen kräftig, gut genährt. Herz, Lunge OB. Abdomen nicht aufgetrieben, Bauchdecken schlaff. Unterhalb des Nabels ist ein rundlicher Tumor zu fühlen in Gestalt und Grösse wie ein schwangerer Uterus im VI. Monat. Consistenz hart, Oberfläche glatt. Nach rechts fühlt man einen flachen Vorsprung. Linke Kante des Tumors druckempfindlich, Damm bis zur Mitte eingerissen. Portio in der Spinallinie setzt sich in den von aussen gefühlten Tumor fort.

Operation: Amputatio uteri supravaginalis.

Nach beiderseitiger Unterbindung der Plica ovario-pelvica werden die Adnexe reseciert. Unterbindung und Durchtrennung links und rechts der Ligam. rotund. Vorne wird das Peritoneum quer durchtrennt und mit der Blase zurückgeschoben; hinten ist dies schwieriger, weil der Tumor von der Cervix ausgehend sehr tief liegt. Unterbindung der Uterinae. Es gelingt dann den Tumor vor die Bauchwunde zu ziehen und das Peritoneum hinten quer zu durchtrennen. Supravaginale Amputation; der Stumpf wird mit einer Collin-Zange herausgeschoben und trichterförmig ausgehöhlt. Vernähen des Stumpfes mit Catgut, ebenso des Peritoneums. Gewicht des Tumors 945 Gramm, der sich als ein von der hinteren Cervixwand ausgehendes Myom erwies.

Beim Austritt war der Uterusstumpf ohne Empfind., kein Exsudat. Allgemeines Befinden sehr gut. Nachbehandlung 23 Tage.

Fall 9. No. 350/1904.

Anna S., 32 J., verheiratet. Vater an Herzschlag, Mutter an Lungenleiden gestorben. Menses m. 13 J., regelm., 4 wöchentlich 3 täg., nicht stark, in letzter Zeit m. Molim. Fluor gelblich seit Jahren. Vor 6 J. 1 normale Geburt. Im letzten Jahr Atemnot und Oppressionsgefühl; Patient. bemerkte auch eine Geschwulst im Leibe, die seither grösser geworden ist. Oft Brennen beim Wasserlassen, häufig Harndrang. Urin nicht trüb.

Status praesens. Gutes Aussehen; Herz Lunge OB. Abdomen in der unteren Hälfte stark aufgetrieben durch einen Tumor, der bis zum Nabel reicht, mit verschiedenen Knollen an seiner Oberfläche, überall steinhart. Portio ballonförmig aufgetrieben durch den Tumor, der von der linken Cervixwand ausgeht. Muttermund 5 Frankenstück gross. Die Cervix geht in den grossen Tumor im Abdomen über.

Operation: Hysterectomia totalis. Die Blase ist handbreit über die Symphyse vom Tumor emporgedrückt. Anbohren der nirgends verwachsenen Geschwulst und ziemlich mühsames Hervorwälzen derselben. Nach beiderseitiger Unterbindung der Art. spermat. et ligam. rotundi gelingt es den Tumor vollständig aus der Beckenhöhle herauszuheben, wobei der kleine an der Hinterwand der Geschwulst ziemlich tief unten sitzende, leicht dextrovertierte Uterus sichtbar wird. Aufsuchen und Unterbindung der Uterinae, die nach links verschoben waren. Die Ureteren sind im Verlauf der Operation nicht zu sehen. Allseitige Ausschälung des Tumors, der beiderseits, besonders links intraligamentär entwickelt war. Eröffnung der Scheide rechts seitlich hinten, Tamponierung m. Xeroformgaze. Circuläre Durchtrennung der Vagina. Vernähen des Stumpfes des link. Ligam. lati. Verengerung des Scheidenlumens durch Arkadennähte. Vor dem Vernähen des recht. Ligam. lat. in der Gegend des Uterus eine starke venöse Blutung, die auf mehrmalige Umstechung zum Stillstand gebracht wird. Abschluss der Bauchhöhle durch Vernähen des Blasenperitoneums mit dem abgelösten Peritoneum der hinteren Uteruswand und der angrenzenden Partien. Unter diesem Peritonealdach liegt im Tumorbett eine Xeroformmieche, die zur Scheide herausgeleitet wird. Schluss der Laparotomiewunde.

Nach 6 Tagen Entfernung d. Vaginaltampons. 3 mal täglich Spülungen mit Chlorwasser, auch Salolspülungen. Starke Secretion.

Nach 3 Wochen Sekret viel weniger, allgemeines Befinden gut. Die Untersuchung ergibt, dass die Scheide sich nach oben trichterförmig verengt. Granulationsfläche gut aussehend. 5 Wochen nach der Operation geheilt entlassen.

Das grosse kugelige Myom hatte ein Gewicht von 2000 Gramm und ging von der vorderen und linken seitlichen Cervixwand aus. Der Uterus liegt als kleines Gebilde der rechten Hinterfläche des Tumors auf.

Fall 10. No. 476/1904.

Emma A., 44 Jahr., ledig. Vater und Mutter gestorben. 1 Bruder gesund. War als Kind immer etwas kränklich. Vor 12 Jahren ulcus ventriculi. Menstruation m. 15. Jahr. regelmässig (bis auf die Zeit des Ulcus, sobald Patientin Magenblutung hatte, setzte die Regel aus), 4 täg., mittelstark, ohne Schmerzen. Keine Geburten. Vor 5 Monaten zum ersten mal Blasenbeschwerden. Urin konnte nur schwer und mit Schmerzen gelöst werde. In den letzten Monaten wurde die Regel sehr stark, bis zu 10 Tagen dauernd. Seit 4 Wochen kann der Urin wieder nicht ordentlich gelöst werden. Schmerzen im Unterleib und Kreuz.

Status praesens: Gracil gebaut, mässiger Ernährungszustand Auf den Lungen einzelne Ronchi, Herz OB. Bauchdecken straff. Der Tumor überragt den Beckeneingang. Dicht hinter der Vulva kommt man auf einen kindskopfgrossen Tumor, der das Becken vollständig ausfüllt. Die Portio ist sehr klein; der kleine Uterus befindet sich rechts oberhalb des Beckeneinganges.

Operation. Totalexstirpation (p. lapar.) mit Entfernung der Adnexe.

Anlegen des Doyen'schen Écarteurs. Der Tumor wird nach Eröffnung d. Peritoneums gut sichtbar, liegt frei im kleinen Becken, ohne Verwachsungen. Anbohren mit dem Korkzieher und Emporziehen des Tumors. Durchtrennung der Gefässe beiderseits. Eröffnung der Scheide, Tamponieren mit Xeroformgaze. Vollständige Abtragung des Uterus. Verengerung d Scheide durch Arkadennähte. Schluss der Bauchwunde. Nach einer Woche Exploration und Entfernung des Tampons. Austritt nach 4 Wochen geheilt, gutes Wohlbefinden. Das Myom hatte sich subserös in der hinteren Cervixwand entwickelt. Der Uteruskörper lag an der vorderen Seite des Myoms und zeigte in der Nähe des Fundus noch einen zweiten ca. kastaniengrossen intramural entwickelten Myomknoten. Gewicht 560 Gramm.

Fall 11. No. 198/1905.

Jenny H., 39 Jahre, verheir. Vater gestorben an Asthma, Mutter gesund, 2 Geschw. gesund. Früher nie krank. Menstr. mit 13 J., 4 wöch., 3—4tägig, ohne Schmerzen. Vor 19 Jahren 1 norm. Geburt. Seit 1½ Jahren bei der Regel starke Blutungen, heftige Schmerzen im Unterleib, manchmal Kopfweh. Häufig Harndrang, nach dem Urinieren etwas Brennen.

Status praesens: Kräftig gebaute, gut genährte Patientin, Lunge OB. Am Herzen leises systolisches Geräusch, nach links etwas vergrössert. Im Abdomen oberhalb des Beckeneinganges ein orangengrosser Knollen. Das ganze Becken wird durch einen Tumor ausgefüllt, der nach links hinten einen Vorsprung darstellt.

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der linken Adnexe.

Nach Hervorziehen des Tumors mit dem Korkzieher wird rechts vorgegangen, die Gefässe und Ligam. lat. und rotunda unterbunden und durchtrennt. Abklemmen der recht. Uterina. Der Tumor ist hier stark intraligamentär entwickelt. Auf der linken Seite ist das Ovarium ziemlich fest mit der hinteren Beckenwand verwachsen. Die Adhärenzen werden gelöst und die Adnexe hervorgezogen. Quere Durchtrennung des Periton. vorn, stumpfes Zurückschieben der Blase, Unterbindung der rechten Uteringefässe. Durchtrennung des Periton. an der hinter. Uterusfläche in der Höhe des inneren Muttermundes und Bildung einer Manchette. Supravag. Amputation und Abklemmen der linken Arteria uterina, Durchtrennung des linken Ligam. lat. und der Plica pelvio-ovarica. Anlegen des Doyen'schen Ecarteurs. Unterbindung der linken Arter. uter. et spermat. Keilförmige Excision aus dem Cervixstumpf und Vernähen desselben mit Catgut-Knopfnähten. Vereinigung der beiden Lamellen der Lig. lat. beiderseits mit fortlaufender Catgutnaht. Vernähen des Peritoneums (Catgut), Toilette der Beckenhöhle. Schluss der Bauchhöhle (fortlauf. Catgut).

Patientin fühlte sich elend, anhaltendes Fieber 38,5. Zwei Wochen nach d. Operat. Schmerzen im linken Bein, Anschwellung, Druckempfindlichkeit. Thrombophlebitis. In 2 Tagen auch Anschwellung des rechten Beines. Patientin bekommt Morphium. Nach 5 Tagen fieberfrei, nach 2 Wochen Abnahme d. Schwellung.

Austritt nach 49 Tagen, geheilt, Wohlbefinden sehr gut. Cervixstumpf freibeweglich. Der 740 Gr. schwere Tumor besteht aus mehreren Myomknoten, der grösste davon ca. kleinkindskopfgross hat sich subserös in der vorderen Cervixwand entwickelt. Zwei andere 1. faustgross, 2. kastaniengross, subseröse, gestielte Myome sitzen im Fundus; im Cavum uteri von der linken Tubenecke ausgehend ein submuköser, flacher, dreieckiger Polyp von ca. 5 Frankenstückgr., etwas weicher als die übrigen.

Fall 12. No. 436/1905.

Sophie J., 35 Jahr., ledig. Familienanamnese OB. Menstruation mit 15 Jahren, 4 wöch., 2 tägig, gering ohne Beschwerden. Keine Entbindungen. Seit fast einem Jahr Schmerzen während der Menses, gewöhnlich schon 2—3 Tage vorher. Seit $^1/_2$ Jahr Stärkerwerden d. Leibes. Wasserlassen während der Periode schwer.

Status praesens: Allgemeines Aussehen blühend; Herz, Lunge OB. Im Abdomen ein Tumor von der Grösse des V. Graviditätsmonats, rund, hart. Rechts sitzt der Uterus als ein beweglicher Knoten auf. Portio ganz nach rechts verlagert. Man fühlt deutlich die Cervix in den Tumor übergehen, der das ganze Becken ausfüllt.

Operation: Amputatio uteri supravaginalis mit Entfernung der linken Adnexe.

Der Tumor entpuppt sich nach Eröffnung d. Periton. als ein von der hinteren Cervixwand ausgehendes und intraligamentär ins linke Ligam. lat. entwickeltes grosses Myom. Um der jungen Patientin das eine Ovarium zu erhalten, wird auf der rechten Seite die Tube und Ligam. ovarii samt den Gefässen ziemlich dicht am Uterus umstochen und durchtrennt. Durchtrennung des Peritoneums an der vordern Wand des Tumors und stumpfes Abschieben der Blase von derselben. Auch hinten wird ein Stück der Geschwulstkapsel quer durchtrennt. Unterbindung der rechten Uterina und supravag. Amput. d. Uterus. Abklemmen der linken Uterina, Durchtrennung der schmalen Ligamentbrücke zwischen Tumor und Flexura Sigmoidea, darauf Entfernung des Tumors mit den linksseitigen Adnexen. Wegen des tiefen Sitzes d. Tumors an der Cervix musste notgedrungener Weise die Amputation sehr tief erfolgen, was zur Folge hatte, dass das hintere Scheidengewölbe an einer ca. 5-Centimgrossen Fläche geöffnet wurde.

Die Oeffnung wurde sofort wieder mit Catgut geschlossen. Unterbindung der linken Gefässe, keilförmige Excision aus dem Cervixstumpf und Vernähen derselben mit Catgutknopfnähten. Toilette der Bauchhöhle und Schliessung derselben. Nach der Operation Temperatur 38,0°; Urin kann spontan gelöst werden. Nach 4 Wochen Austritt, Patientin fühlt sich sehr wohl. Muttermund nach links eingerissen. Rechtes Ovarium liegt vor der Articulatio sacroiliaca.

Der Tumor war ein 1080 Gramm schweres kugeliges Myom, dass in der hinteren Cervixwand entstanden war und sich intraligamentär in das linke Ligam. latum hinein entwickelt hatte.

Fall 13. No. 493/1905.

Frau H. V., 53 Jahre alt. Vater gestorben. Mutter, Geschwister, Mann gesund. Im Anschluss an Partus (vor 23 Jahren) hatte Patientin Fieber und war 13 Wochen krank. Erste Regel mit 14 Jahren, früher regelmässig, vierwöchentl., 4 tägig, ohne Molimina. Fünf Geburten normal. Seit 10 Monaten Schmerzen im Unterleib, nur bei der Menses, kein Ausfluss.

Status praesens: Allgemeines Aussehen gut. Lunge OB. Herzdämpfung nach rechts verbreitet, Töne sehr leise. Portio steht weit nach hinten links. In der Cervix fühlt man einen Polypen. Corpus uteri liegt links ganz an der Beckenwand fixiert. Anteflexio. An der rechten Uteruskante ein wallnussgrosses Myom abtastbar. Adnexe nicht zu fühlen.

Operation: Entfernung des Polypen, Curettage. Discision des äusseren Muttermundes, Abtragung d. Polypen mit der Scheere. Bei der nachfolgenden Curettage wird kein Gewebsmaterial zu Tage gefördert. Aetzung mit Carbolspiritus. Tamponade mit Xeroformgaze. Austritt geheilt, nach 14 Tagen. Der Polyp war kirschengross, derb, ausgehend von der vorderen Cervixwand, zeigte dickrandige, zahlreiche Gefässe und ziemlich viel glatte Muskulatur.

Fall 14. No. 363/1906.

Carolina R., 40 Jahre alt, ledig. Vater und Mutter gestorben. Sechs Geschwister gesund. Früher Influenza und Pleuritis sicca. Menstruation mit 14 Jahren, vierwöchentl., 8 tägiger Dauer, schon früher stark mit Krämpfen. Vor 13 Jahren Zangengeburt, die sehr schwer verlaufen ist. Periode seit einem Jahr unregelmässig, sehr stark. Engigkeit und Herzklopfen, oft Harndrang, nie Brennen.

Status praesens. Allgem. Aussehen gut, Herz, Lunge OB. Im Abdomen ist ein harter Tumor fühlbar, der Grösse des 6. Schwang. Monats entsprechend. Er reicht bis zum Nabel, weist rechts noch einen apfelsinengrossen beweglichen Fortsatz auf. Portio in der Führungslinie. Vordere Cervixwand vom Myom eingenommen.

Operation: Abdominale Totalexstirpation. Der Tumor entwickelt sich in dem rechten Ligam. lat. Gespannt flach über den Tumor lag das Ligam. rot. dextrum. Der Uterus selbst liegt nach links. Von rechts beginnend werden die Gefässe unterbunden, der Uterus wird von der Scheide vollends losgetrennt. Die Scheide wird durch Arkadennähte verengert. In die Vagina wird ein Gazetampon eingeführt. Schliessung des Peritoneums mit fortlaufendem Catgut, ebenso Muskulatur und Subcutangewebe. Hautwunde wird geschlossen durch Michel'sche Klemmen.

In den ersten Tagen musste kathetrisiert werden. Abends: Temperatur etwas erhöht bis 38,3°. Nach 9 Tagen Besserbefinden, Urin wird spontan gelöst. Verbandwechsel, Entfernung der Michel'schen Klemmen. Dann auch afebril. Austritt nach 34 Tagen, geheilt, kein Exsudat, keine Druckempfindlichkeit. Der 1200 Gr. schwere Tumor stellt ein cervicales stark in das rechte Ligam. lat. entwickeltes Myom vor. Der Uterus liegt auf der linken Seite des Tumors. Das Cavum ist ganz platt gedrückt.

Fall 15. No. 309/1907.

Christine K., 35 J., ledig. Familienanamnese OB. Erste Regel mit 16 Jahren, 3-wöchentlich, 4—6täg. starke Krämpfe, Kreuzschmerzen. Keine Entbindungen. Zuletzt betragen die Pausen zwischen der Regel nur 14 Tage. Dauer der Menses 8 Tage seit ½ Jahr Urinbeschwerden, immer Drang, Urin kaum lösbar.

Status praesens. Allgem. Aussehen gut, Herz und Lunge OB. Im Abdomen ein Tumor fühlbar, entsprechend dem 5. Schwangerschaftsmonat, Oberfläche fest, glatt, rechts etwas vorragend ein Buchel. Portio auf dem Beckenboden, das Becken ganz vom Tumor ausgefüllt. Der erwähnte Buchel (Uterusfundus?) lässt sich am Haupttumor verschieben. Tumor von Manneskopfgrösse fest im Becken eingekeilt.

Operation: Amputatio uteri supravaginalis. Suprasymphysärer Querschnitt. Der Fundus uteri liegt vor, er reitet auf einem in

der Cervicalgegend, namentlich hinten entwickelten myomatösen Tumor. Wegen des tiefen Sitzes des Tumors ist die Beweglichkeit sehr gering; um den Tumor mobiler zu machen werden die Ligam. rotunda und die Plica unterbunden und durchtrennt. Zunächst wird vorn das Periton. durchtrennt, die Blase nach vorn abgeschoben, die Arteria uterina unterbunden. Durchtrennung des Periton, von hinten, darauf supravaginale Amputation. Der aus dem Cervixstumpf tretende Schleim wird sofort abgewischt. Nachdem ein stark spritzender Cervicalast der linken Arteria uterina umstochen ist, wird die Keilexcision aus dem Stumpf ausgeführt. Verschluss des Stumpfes. Schluss des Peritoneums und der Bauchhöhle. Patientin erholt sich langsam. Exploration: Portio frei beweglich, kein Exsudat, nach 4 Wochen geheilt entlassen.

Praeparat. Der Tumor ist ein namentlich in der Cervicalgegend entwickeltes Myom. Der Fundus sitzt rechts oben auf dem Tumor. Das Myom ist ziemlich weich, beim Einschneiden entleert sich aus verschiedenen lymphangiektatischen Räumen hellgelbe klare Flüssigkeit. Gewicht 670 Gramm.

Fall 16. 1907.

Marie St., 46 J., ledig. Mutter gestorben an Tuberkulose. Geschwister tuberkulös. Früher gesund. Menstruation mit 14 J., regelmässig 4 w. 3—4-tägig. Seit 1 Jahr unregelmässig, bis 12 Tage dauernd, stark, mit Krämpfen. Keine Ceburt. Seit 2 Jahren Grösserwerden des Leibes.

Status praesens. Allgemeines Aussehen mager, bleich. Am Herzen systolisches Geräusch. Im Abdomen ein grosser fluctuirender cystischer Tumor, entsprechend dem 8. Schwangerschaftsmonat; rechts härter. Portio ist nicht erreichbar, weder hinten noch vorn.

Operation: *Hysterectomia totalis per laparotomiam* mit Entfernung der Adnexe.

Anbohrung und Vorwölbung des Tumors. Umstechung und Durchtrennung der Plica und des ligam. rotund. Die Blase, die hoch oben am Tumor sitzt, wird abpräpariert. Ausschälung des Tumors aus dem Peritoneum. Schwierige Umstechung der Uterina beiderseits. Die Basis des Tumors ist so breit, dass es nicht gelingt die Cervix zu durchtrennen; dabei wird das hintere Scheidengewölbe eröffnet. Verengerung des Scheidenlumens.

Fortlaufende Catgutnaht für das Peritoneum, Schliessung der Bauchhöhle (Catgut). Patientin bekommt eine Thrombophlebitis. Temperatur in den ersten 10 Tagen nach der Operation bis 39,1. Puls 100. Dann normale Temperatur, Abschwellung des Beines. Austritt nach sechs Wochen, geheilt, Wohlbefinden gut.

Gewicht des Myoms 2450 gr. Ausgang von der vorderen Cervixwand, hintere Wand nicht verdickt. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Bei Punktion entleert sich klare Flüssigkeit. Adnexe unverändert, liegen der oberen Kuppel des Tumors auf.

Literatur.

1. **Veit,** Handbuch der Gynaekologie.
2. **Amann,** Münchner med. Woch. 1888. No. 51.
3. **Breisky,** Prager Zeitschrift für Heilkunde.
4. **Frey,** Dissertation Greifswald 1897.
5. **Küstner,** Zentralblatt für Gynaekologie 1904.
6. **O. von Herff,** Münchner med. Woch. 1899, p. 692.
7. **Orloff,** Prager Zeitschrift für Heilkunde 1895, Band XVI
8. **Sänger,** Zentralblatt für Gynaekologie 1883, p. 207.
9. **Vorbeck,** Dissertation Berlin 1904.
10. **Pfister,** Dissertation München 1902.
11. **Quaas,** Dissertation Leipzig 1904.
12. **Schauta,** Allgemeine Wiener medizinische Zeitung 1905. No. 6 und 7
13. **Sarwey,** Archiv für Gynaekologie. Band LXXIX, Heft 2.
14. **Fehling,** Münchner med. Woch. 1906. No. 48.
15. **Péan,** Annal. de gynaek. 1895. No. 11.
16. **Kessler,** Petersburger med. Woch. 1894. No. XI.